

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念・方針の職場への掲示と朝のミーティング時の再確認。定例会議（職員のみ）と運営推進会議（外部者参加）で業務見直しを行う際に引用する等。	地域密着型サービスの意義をふまえ実践を行っていますが、事業所の理念は明確に表示されていません。「理念」はその事業所がサービスの在り方を示すものであり、明確に表示する事でさらに管理者と職員の共有を図る事が出来ます。	「理念」はその事業所が目指すサービスのあり方を端的に示すものであり、成文化されているのが望ましいと言えます。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の年間行事（餅つき、初詣、防災訓練、学校行事など）への参加。夏祭りへの近隣住民の招待。運営推進会議への町会長及び近隣住民の招待。近隣のサークルや学生によるボランティアの受入。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	ボランティア受入による交流。防災訓練時の近隣住民の招待。夏祭りの際の介護相談会など。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	他グループホーム、介護相談員などの参加。ご家族からの質問や要望の聴取。課題への取り組み（例：服薬ミスの改善に向けた相談と業務への取入れ）	町会長、民生委員、地域包括、介護相談員、他施設の方、家族など多様な方が参加して年6回開催しています。施設からの行事の紹介や家族からの質問や要望の聞き取りのほか、日頃のケアに関する貴重な意見なども聴取しています。	多彩な参加者の顔ぶれ、適正な実施回数等、効果的な会議を開催しておりますが、将来に備え、それを明確な記録として残されることを期待します。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	問題発生時の相談や問い合わせへの対応など（例：インフルエンザの複数感染者が出た際の報告など）	通常は担当課（介護保険課）と一般的な業務の相談、連絡を密にしています。生保受給者が2名居ますのでその関係でも担当課（生活保護課）との連絡があります。また、昨年インフルエンザの感染者が発生した際にも多くの連絡をとりあいました。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束に関するマニュアルや同意書の作成。研修による周知。	身体拘束をしないケアについては、管理者、職員とも十分にその共通認識を持っています。身体拘束に関するマニュアルや同意書は作成してあります。利用者の行方不明事例（2件）があったので、玄関の施錠はしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関するマニュアルの作成。研修による周知。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護の実践として選挙への参加のサポートや後見人との定期的な面談、報告などを行っているが制度についての研修が未実施。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	重要事項の読み合わせや質問への回答。おむつ代や医療サービスなどの費用も含めた料金表によるトータルコストの説明。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議への家族の招待と外部者との意見交換。	運営推進会議での意見の聴取以外では、面会に来た際に話をきくようにしています。家族により面会の頻度はまちまちですが、利用者の体調に関するものが多いです。そのほか、一部のスタッフの言葉遣いについての意見もありました。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定例会議による業務見直しやケアの相談。	毎月1回開かれる介護職、管理者、代表者の職員会議では主に利用者にたいする心掛けや仕事のやり方について意見交換がされています。職員からはケース会議の開催や手簿の時間帯の過ごし方、行事の開催についての意見が出されました。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	必要な業務において時間外労働が発生した際の承認(報酬の算定)。過度な時間外勤務の防止。資格取得の支援(シフト・費用) 資格取得の給与への反映。非正規社員の勤続と業務評価による正社員登用など。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修の奨励(案内の掲示と希望者のシフト調整など)、社内研修の実施、新規職員への重複勤務者による現場研修など。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	協議会への参加や複数の同業者との運営推進会議での交流など。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	導入前の自宅訪問や入居直後の家族面会の機会を増やす働きかけと面談。使い慣れた家具の設置、他入居者との関係構築の援助など。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	より頻繁な家族との連絡。(例:夜間の様子を朝に報告し、家での状態と比較して頂いて意見や要望を取り入れるなど)		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	家族介護時の優先的な課題を初期の介護計画に反映する。(例:入れ歯が合わなくて食べられない、今の歯医者 はダメと言う→訪問歯科の導入と義歯管理の援助)		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	理念への掲載(介護者は入居者の保護者的立場をとらない)。その人にできる家事業務などの実施と感謝の気持ちを伝えることを行う。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	介護計画へ家族の役割の設定。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	在宅時からのサークル参加への援助(送迎)や連絡の援助(電話、手紙など)	在宅時から参加している小金原のカラオケサークルへ利用者を送迎しています。その仲間達が施設を訪ねてくることもあります。新しい入居者の知人が東京から訪ねてくれた例もあります。利用者全員の年賀状の発送を援助しています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	介護計画へ他利用者との関係性の援助の記載と実践。生活上の役割設定など。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	現在までの契約終了者は死亡によるもののみだが、しばらくの間行事や運営推進会議への招待をし、参加されていた。今後、別の環境での生活に移行される方についてはしばらく関わりを行う予定。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	暮らしの中で要望を聞く他に介護相談員からの相談結果の反映を行っている。訴えができない方については非言語的コミュニケーションによる観察結果や生活歴に基づいた判断を行っている。	意志表示の十分できない方は、日頃の表情、動作など観察結果をもとに意向の把握に努めています。月1回来る介護相談員からの情報も参考にしています。家族の面会時に家族との会話を通して情報を把握することもあります。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時の家族や介護支援専門員からの情報の他に面会時や電話での随時聞き取りを行っている。前に利用していた事業所への問い合わせも行っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活状況や能力についても日々の記録の対象として残し、アセスメントにつなげている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	定例会議と毎朝のミーティングでフロアリーダーを中心としてより良く暮らすためのケアや課題と取り組みについて話し合い、介護計画に反映している。	送りノート(利用者の直前の状態を後任者に伝えるもの)を中心に毎朝のミーティングで利用者の日々変化を把握し、介護計画に活かしています。利用者に特段の変化が無い限り6か月を目途に見直しをしています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日誌状の個別記録の他に日々変化する細かなケアの仕方を記載した個別ケアノートと医療面の情報を記入した介護医療連携ノートをユニット内で共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	傷病者へのポータブルトイレ対応や食事・入浴・睡眠時間の柔軟な対応など。腕時計の修理の為に本人と外出するなどあり。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	散歩時に近隣の方々との挨拶を心掛け、施設と入居者、職員について少しずつ面識をもってもらい、夏祭りや地域の祭りへの参加では入居者とのふれあいを重視している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居時に不本意ながら訪問してくれる別の医院にかかりつけを変更した方もいるが、時間をかけて信頼が生まれつつある。一方で在宅時のかかりつけ医がそのまま継続し往診してくれているケースもある。	受診は事業所の協力医4カ所に依頼し月2回行っています。近隣の入居者が多いため、在宅時のかかりつけ医が継続し往診を受けている方もいます。歯科医の訪問診療も行われています。訪問看護師や薬剤師の医療相談も行われています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	事業所内に看護職は居ないが、看護ステーションとの連携で週1回(木曜日)の看護師巡回、医療相談の日を設け、24時間緊急の電話受付と訪問の体制をとっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中最低一度は病院訪問を行い情報交換や現状把握を行うようにしている。退院時は事前の連絡により受入体制や退院後のケア、薬剤処方について協議している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医師等により重度化や終末期の接近が予見された場合は医師と家族を含めたカンファレンスを行い、今後の希望や対応を相談している。日々変化する本人や家族の気持ちに対応する為、初期の方針にとらわれず話し合いを繰り返している。看護ステーションとも共同で取り組んでいる。	職員会議でターミナルケアについて話し合い、職員間で共有してターミナルケアを行っています。終末期の接近が予見された場合に終末期の迎え方を医師や利用者、家族と事業所でカンファレンスを行い、方針を決めています。日々変化する本人や家族の気持ちに寄り添い昨年5月に看取りを行っています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	防災訓練のうち年1回は消防署の指導による心臓マッサージやAED使用の訓練を行っている。その他の応急処置については看護師による随時指導のみ。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練への地域住民の招待。運営推進会議での議題採用と協議。平成28年度末に水害・土砂災害対策の訓練を実施予定。	防災訓練は地域の人にも参加して貰い火災訓練、AED使用の訓練など行っていますが記録がありません。事業所が出来て日が浅いため十分な訓練が行われていません。地域の人と協力関係は築かれています。非常食など非常時に備え備蓄をしています。	防災訓練は少なくとも年2回行い、いざという時職員が利用者を慌てず避難誘導出来るようにすることが大切です。訓練記録がありません。その後の訓練の為にも記録は大切なので実践されることを期待します。

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	理念への掲載(人格の尊重等)。プライバシーという単語は未記載。個室へ入る際はノックを。大きな声で申し送りなどをしないことを心掛け、実施している。	日々の生活の中で一人ひとりの人格を損ねない言葉かけをしていく事を話し合い心掛けています。利用者に添って言葉かけが出来ている職員もいますが、職員差が感じられました。事務所がリビングと同じ場にある為、申し送りに大きな声で話さないように職員の声の調節にも心掛けていま	全職員が認知症に対する理解を深める研修を受けるなどして利用者が自分で意思決定が出来るような言葉かけで自立に向けた支援が行われることを期待します。
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	生活上の日課をいつどの様に行うかは本人とのコミュニケーションの中で決めていく様指導している。実施状況については職員によりばらつきがあり課題となっている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	寝起きや食事のタイミングなど個々のペースやタイミングで行う様指導している。希望がはっきりしない方についての対応と今後全体的な要介護度が高くなった際の対応が課題。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	衣類はできるだけ一緒に選択して頂く様にしている。一日中部屋着やパジャマでいることがない様な働きかけを行っている。(一部拒否の強い方を除く)		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や片付けを生活リハビリやレクリエーションとして一部の方の介護計画に取り入れ、実践している。食事の内容と一緒に決めることはできていないが誕生日や行事の食事などは一部実施している。	食事は朝食は手作りしているが、昼夜は外部で作られたものを温めています。大きなテーブルを皆で囲み、気が合う人同士が座るように配慮されている為、利用者の会話も弾んでいます。クリスマス、おせち、ひなまつりなど行事食も行っています。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事と水分量の記録を行い、一日を通して、また数日間を通して問題ないレベルで確保できる様医療職とも検討を行っている。(不足時に栄養剤が処方されるなど)また、栄養士は勤務していないが食事内容の決定と食材料の調達を外注している為ある程度熱量や栄養バランスの管理が行		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアを全員に対し行っている(声掛け又は介助)。口腔ケアの方針は歯科医師や歯科衛生士の指導を受けている。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	自力での排泄ができる様、漏れてしまいがちな方には排泄記録から一日の排泄パターンを読み取って適切な時間にトイレ誘導を行っている。おむつは日中トイレ利用できる方の場合夜間のみの使用としている。	日中はなるべくパンツやリハビリパンツで過ごせるよう一人ひとりの排泄パターンを把握して見守り、トイレに誘い自立に向けた支援をしています。トイレでの排泄が難しかった方にも根気よく対応する事でトイレでの排泄が出来るようになってます。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	全員が行う毎日の体操や個別の体操による運動の確保。排泄記録による状況の把握。医師との相談による下剤のみに頼らない排便の促進(オリーブオイルなど)		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯の設定は存在するが状況に応じた変更を行っている。その他、音楽を聴きながらの入浴や洗身前入浴を可とするなど。	入浴は基本的に週2、3回午前中に行っています。毎日入浴を希望する方もいますが余裕のある時は行っています。服を脱ぐのが嫌なために入れない利用者に対しては気分を変える言葉かけをするなど対応して嫌がった方も入ると気持ちよさそうにしています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	睡眠障害が予測されない限り休みたい時にいつでも横になって頂ける様にしている。好きな場所に布団を敷き好きな時間に眠る方への対応を行っている。その他、医療職との相談を行うなど。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	使用している薬剤の説明書きを常時確認できる様にファイルしている。医療職からの指示や変更があった場合はノートに記入し情報共有している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	常時複数の遊び、制作、体操などのメニューを用意している。個別にやりたいことがある方はその準備や手伝いも行っている。入居者が行える家事などの役割を用意し、介護計画に組み込んでいる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	年間で平均的に3日に1回程度の散歩等での外出頻度になっている(外出を好まない方を除く)。帰宅願望がある方やそわそわしてしまう様な方はBPSDの状態に合わせて外出できる様にしている。ドライブなどもあり。頻度は少ないが個別の希望に沿った買い物や知り合いとの外での面会も支援して	近隣を散歩したり、運動公園やゆいの花公園等にお花見に出かけています。外に出たそうな利用者には、食材を買いに行くときに言葉かけし、一緒に行っています。家族の協力で2ヶ月に1回通院の時に食事をしたり、孫の結婚式に参加したりもしています。以前から参加しているカラオケサークルの送り迎えもしています。	

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を自分で持つことを希望する方には持って頂いている。それを使った買い物の支援もあり。貴重品置き場で預かり、出納管理しているケースもある。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	年末年始には希望する方に年賀状を書いて頂く援助を行っている。それ以外でも本人・家族と相談の上で電話・手紙での通信の支援あり。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節ごとに入居者と一緒に制作した壁飾りの装飾。窓のある廊下(一部)日の出日の入りが見える時間帯にカーテンの開け閉めを行う。温度計、湿度計の設置と季節により加湿器、空気清浄器の設置。浴室・脱衣所はヒートショック防止の為に温度コントロールを行う等。	リビングは皆で囲める大きなテーブルや職員と利用者が製作した季節の装飾がかざられ、事務所や厨房からも職員が見守れ様になっています。リビングや廊下にソファが置かれ一人で過ごせる場も設けられています。トイレや浴室も広々と清潔で利用者が使いやすいように整えられています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食卓は一同に会する形だが、それ以外のソファや陰になる場所(見守りは可能)へのソファの設置など。又喧嘩などがあつた場合気分転換できる様、ユニット相互間で行き来して遊びに行くなどの対応あり。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時、またはそれ以降に以前の住居からの家具や寝具の持ち込みを奨励。また懐かしい写真や家族と面会時の写真などを飾り、見覚えのある場所づくりを目指している。	居室は広々として自宅で使っていた家具や仏壇、家族の写真など飾られ、また中にはお部屋に合わせて家具やベッドを入れたり、一人ひとり安心して過ごせる環境を整えています。事業所で家族が来所した時一緒に記念写真を撮り飾っている人もいます。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	椅子・テーブルは介護対応品を使用。全体への手すり設置。クッションフロアの使用。個室に目印をつける。洗面用具は個別の収納庫に保管するなど。		